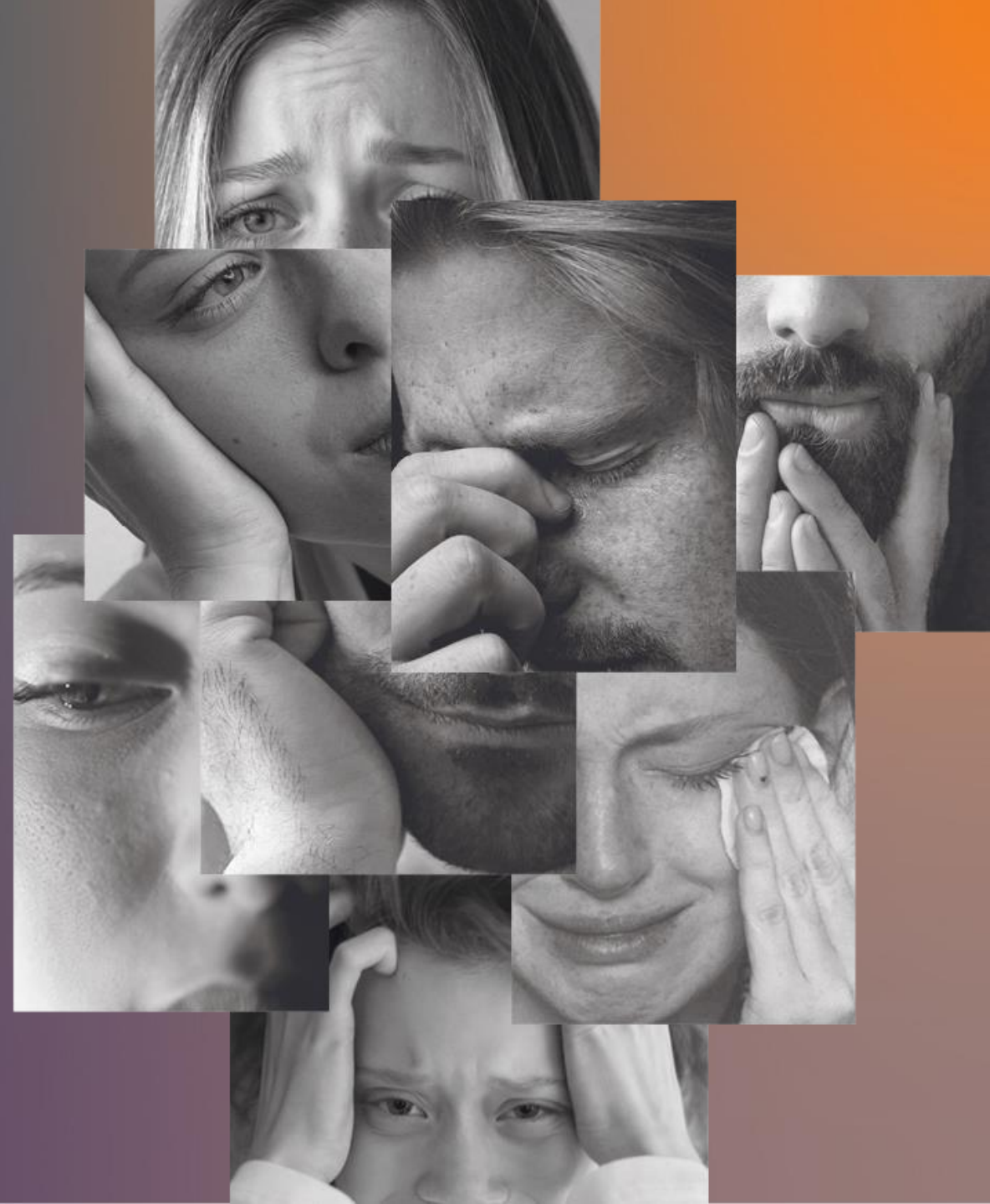


MANEJO DEL "PACIENTE DESBORDADO" EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA



LYRICA[®]
PREGABALINA

 **BESITran**[®]
SERTRALINA
20mg/ml
50 mg
100 mg

VANDRAL Retard 75 mg
150 mg
225 mg

Sumario

1 Perfil clínico del paciente desbordado en Atención Primaria

2 Trastornos emocionales subyacentes más frecuentes:

- Malestar emocional inespecífico
- Trastorno adaptativo con ansiedad
- Episodio depresivo mayor
- TAG

3 El TAG como núcleo clínico del paciente desbordado

- Abordaje clínico integral en Atención Primaria
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico: valor terapéutico de ISRS, IRSN y pregabalina
- Combinaciones de los fármacos
- Rol del médico de familia en el manejo del paciente desbordado



Objetivos de la presentación



Comprender el perfil clínico del paciente desbordado en Atención Primaria.



Identificar los trastornos emocionales subyacentes más frecuentes.



Conocer las principales herramientas de cribado y diagnóstico.



Revisar las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas.



Aportar el valor terapéutico diferenciado de sertralina, venlafaxina y pregabalina en el paciente desbordado.



Rol del médico de familia en el manejo del paciente desbordado.

Sumario

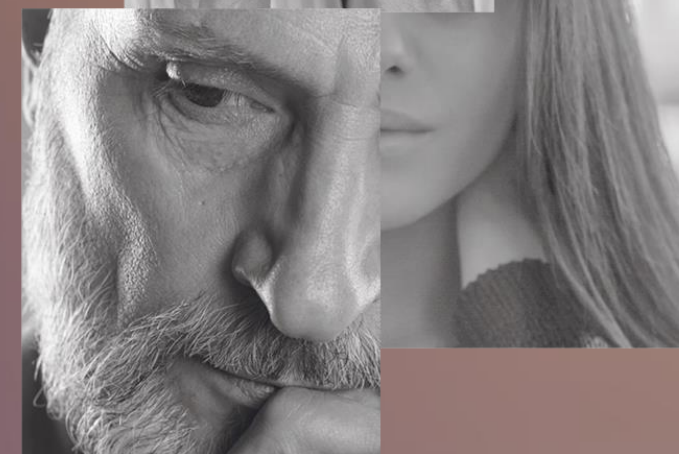
1 Perfil clínico del paciente desbordado en Atención Primaria

2 Trastornos emocionales subyacentes más frecuentes:

- Malestar emocional inespecífico
- Trastorno adaptativo con ansiedad
- Episodio depresivo mayor
- TAG

3 El TAG como núcleo clínico del paciente desbordado

- Abordaje clínico integral en Atención Primaria
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico: valor terapéutico de ISRS, IRSN y pregabalina
- Combinaciones de los fármacos
- Rol del médico de familia en el manejo del paciente desbordado



Paciente desbordado: problema clínico central en Atención **Primaria**

- El “paciente desbordado” **no es un diagnóstico formal** (no **aparece** DSM, no CIE), sino un **perfil clínico transversal muy frecuente en Atención Primaria**.
- Representa la **expresión somática y emocional de una pérdida mantenida de regulación emocional**.
- Integra **síntomas físicos persistentes, ansiedad difusa, fatiga emocional y sensación de pérdida de control**.



La mayoría de estos pacientes presentan **trastornos emocionales comunes no diagnosticados por ej: TAG, trastornos adaptativos o depresión subclínica**.



- No es un paciente **difícil**, sino un **paciente no conceptualizado clínicamente**
- Su no reconocimiento **puede conducir a fragmentación diagnóstica, sobremedicalización y cronificación**
- Reconocer este perfil permite un **abordaje integral, funcional y basado en la evidencia**

¿Qué entendemos por “paciente desbordado”?



Alta demanda asistencial



Tienden a realizar policonsultas por síntomas físicos múltiples y cambiantes
(p. ej., fatiga, cefalea, palpitaciones, molestias GI) **con exploraciones sin hallazgos concluyentes y sin una causa orgánica clara**



Presencia de síntomas emocionales persistentes
(vivencia **continúa** de pérdida de control, ansiedad y preocupación excesiva y agotamiento emocional)

¿Qué entendemos por “paciente desbordado”?



Polimedicación frecuente
(benzodiazepinas, analgésicos,
antidepresivos).



**Sensación de no ser escuchado
o comprendido.**



**Relación médico-paciente a
menudo compleja, con
elementos de dependencia,
frustración y desgaste.**

Perfil del “paciente desbordado”

DIMENSIONES CLÍNICAS TÍPICAS DEL “PACIENTE DESBORDADO”	
Dimensión	Manifestaciones comunes
▪ Emocional	Ansiedad y preocupación excesiva, tristeza, sensación de no poder más, irritabilidad, dificultad para relajarse, desesperanza, llanto fácil.
▪ Cognitiva	Pensamiento anticipatorio (“¿y si...?”), rumiación, percepción de falta de control, dificultad para concentrarse, indecisión constante, pensamientos negativos.
▪ Somática	Dolor crónico, fatiga, insomnio, opresión torácica, palpitaciones, molestias digestivas o cefaleas sin hallazgos orgánicos.
▪ Conductual	Consulta reiterada al médico (hiperfrecuentación), búsqueda de pruebas o segundas opiniones, necesidad de “descartar algo grave”, baja adherencia.
▪ Relacional	Dependencia del médico, dificultad para sostener las relaciones o las rutinas, aislamiento, conflictos familiares.
▪ Funcional	Bajo rendimiento laboral, dificultad para sostener el trabajo, tendencia a sobrecargarse de responsabilidades.

Perfil del “paciente desbordado”



Es un motivo de **consulta muy frecuente en Atención Primaria.**

- Una proporción sustancial de episodios clínicos **se cierra sin un diagnóstico médico preciso** y no pocos corresponden a **síntomas médicamente no explicados** (forma clínica frecuente de somatización). Esta somatización es una forma de expresión del malestar emocional, especialmente ansiedad y depresión.

- El **patrón clínico del paciente desbordado** rara vez aparece de forma aislada, a menudo **coexiste o enmascara un trastorno emocional de base.**
- En la mayoría de los casos, constituye la **expresión somática y conductual de un trastorno emocional subyacente:**

- 1 Malestar Emocional inespecífico
- 2 Trastorno Adaptativo con ansiedad
- 3 Depresión Subclínica o un Episodio Depresivo Mayor, con comorbilidad ansioso-depresiva
- 4 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Sumario

1 Perfil clínico del paciente desbordado en Atención Primaria

2 Trastornos emocionales subyacentes más frecuentes:

- Malestar emocional inespecífico
- Trastorno adaptativo con ansiedad
- Episodio depresivo mayor
- TAG

3 El TAG como núcleo clínico del paciente desbordado

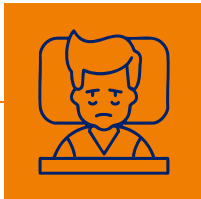
- Abordaje clínico integral en Atención Primaria
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico: valor terapéutico de ISRS, IRSN y pregabalina
- Combinaciones de los fármacos
- Rol del médico de familia en el manejo del paciente desbordado



Malestar Emocional inespecífico

¿Qué
SÍ
es?

Estado de **malestar persistente** (ansiedad leve, decaimiento, irritabilidad, insomnio, tensión somática) **sin cumplir criterios** de un trastorno concreto.



Suele emerger por **acumulación de estresores**, falta de recuperación (sueño/descanso) y **afrentamiento ineficaz**, y se manifiesta con **síntomas físicos y preocupación difusa**.



¿Qué
No
es?

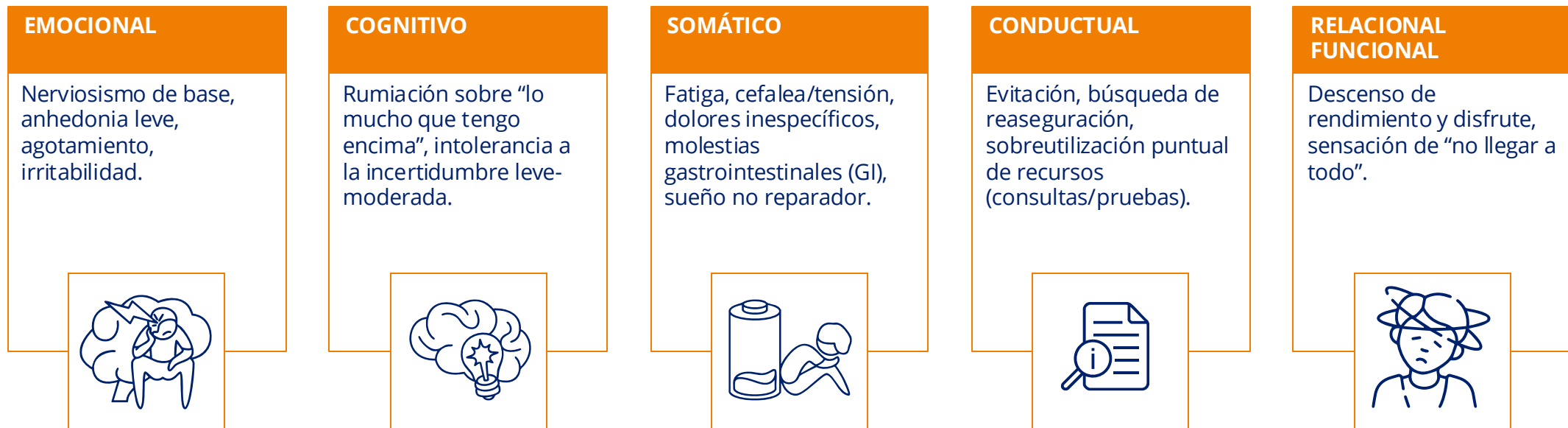
No cumple criterios de TAG, episodio depresivo, TEPT ni trastorno por síntomas somáticos.

No hay “red flags” orgánicas ni síndrome ansioso/depresivo mayor.

Malestar Emocional inespecífico

“Paciente desbordado” como expresión de malestar emocional inespecífico

Este malestar se organiza clínicamente en una estructura por dominios, que permite identificar patrones útiles para su abordaje en Atención Primaria.



Trastorno Adaptativo con ansiedad

Definición (DSM-5-TR / CIE-11):

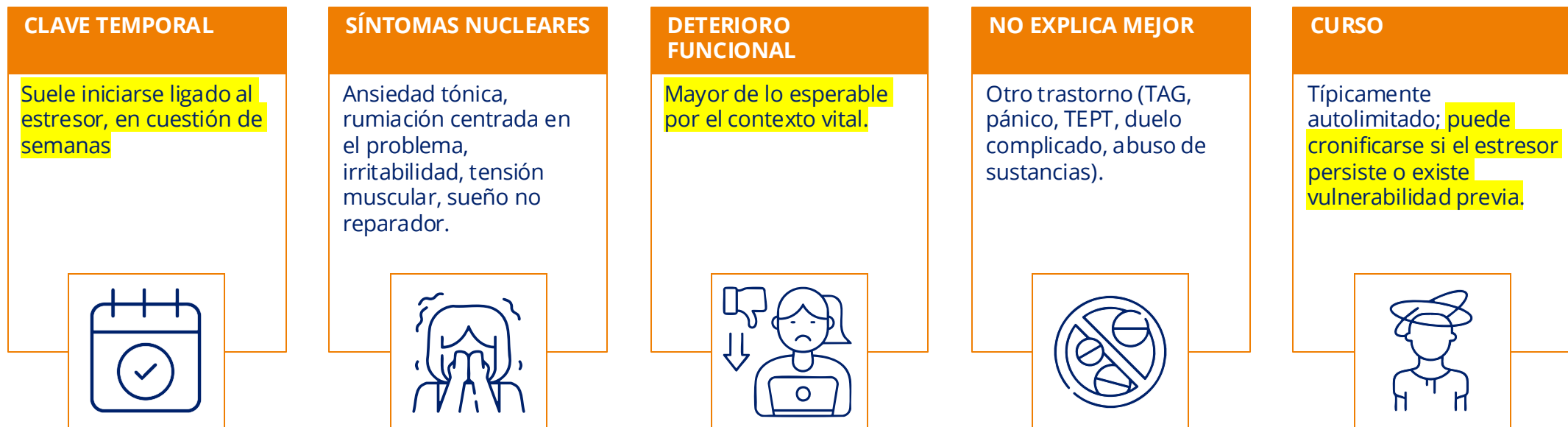


- **Respuesta emocional** y/o conductual **desproporcionada** ante un **estresor identificable** (p. ej., problemas laborales, conflicto de pareja, enfermedad médica, cambio vital), que **aparece dentro de los 3 meses** del estresor y causa **malestar clínicamente significativo o deterioro funcional**.
- En el subtipo **“con ansiedad”** predominan **preocupación, nerviosismo, hipervigilancia, tensión e insomnio**, sin cumplir criterios de TAG u otro trastorno de ansiedad.
- **Remite ≤6 meses** tras el cese del estresor (puede prolongarse si el estresor persiste).

Trastorno Adaptativo con ansiedad

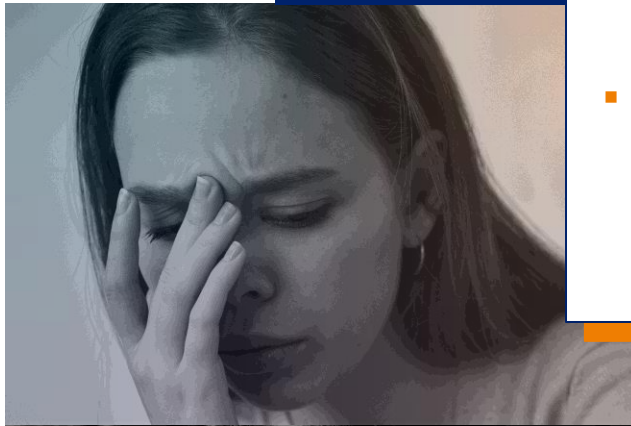
“Paciente desbordado” como expresión de Trastorno Adaptativo con ansiedad

Para facilitar el reconocimiento en consulta, se presenta el Trastorno Adaptativo con ansiedad mediante una estructura clínica por dominios



Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Definición (DSM-5-TR / CIE-11):

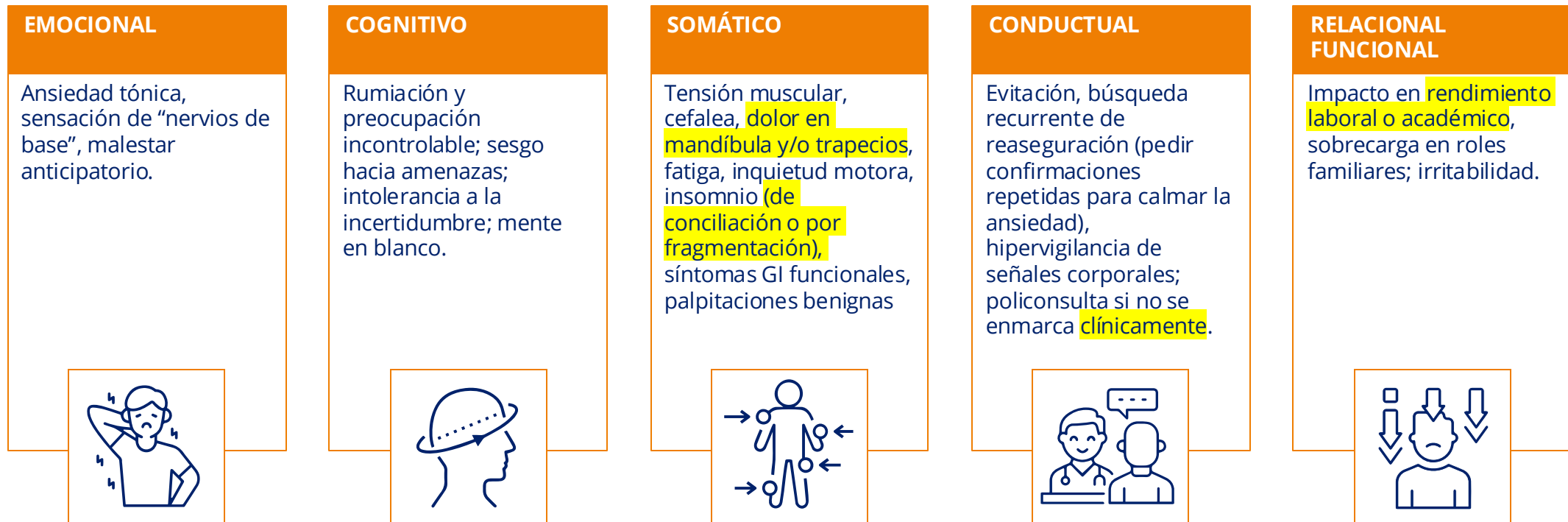


- Ansiedad y preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar, presente la mayoría de los días durante ≥ 6 meses, sobre diversas áreas de la vida.
- Se acompaña de síntomas físicos como inquietud o tensión, fatigabilidad, irritabilidad, dificultad para concentrarse o “mente en blanco”, tensión muscular y alteración del sueño.
- Produce malestar clínicamente significativo o deterioro funcional y no se explica mejor por otra condición médica o por otro trastorno mental.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

“Paciente desbordado” como expresión de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Para facilitar el reconocimiento en consulta, se presenta el TAG mediante una estructura clínica por dominios



Depresión subclínica/Episodio Depresivo Mayor (EDM), con comorbilidad ansioso-depresiva

Definición (DSM-5-TR / CIE-11)



- **Depresión subclínica (subumbral):** síntomas depresivos **clínicamente relevantes** con impacto, sin cumplir criterios completos de Episodio Depresivo Mayor (EDM) (p. ej., **nº de síntomas insuficiente y/o duración corta**).
- **Episodio Depresivo Mayor (EDM):** **≥5** síntomas (uno debe ser **ánimo deprimido o anhedonia**) durante **≥2 semanas, con deterioro funcional**.
- **Comorbilidad ansiosa:** muy frecuente en AP; **la preocupación y/o rumiación coexisten y aumentan la discapacidad y el riesgo de cronicidad.**

Depresión subclínica/Episodio Depresivo Mayor, con comorbilidad ansioso-depresiva

"Paciente desbordado" como expresión de una depresión subclínica/EDM,
con comorbilidad ansioso-depresiva

Para facilitar el reconocimiento en consulta, se presenta el TAG mediante una
estructura clínica por dominios

SEÑALES TÍPICAS CUANDO EL RELATO ES

"No llego a todo / estoy agotado."



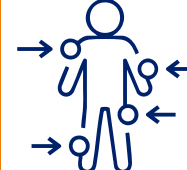
EMOCIONAL COGNITIVO

Anhedonia, culpa/autoexigencia, ideación pesimista, rumiación y preocupación difusa (con búsqueda de reaseguración), irritabilidad, niebla atencional y concentración baja.



SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Fatiga desproporcionada, sueño no reparador, dolor inespecífico, molestias gastrointestinales.



CONDUCTUAL USO DE RECURSOS

Policonsulta y expectativas de "descartar algo físico" mediante pruebas.



Trastornos emocionales subyacentes en el paciente desbordado (comparativa clínica)¹⁻⁷

ASPECTO CLÍNICO ¹⁻⁷	TAG (TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA)	TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANSIEDAD	MALESTAR EMOCIONAL INESPECÍFICO	DEPRESIÓN (SUBCLÍNICA / EPISODIO DEPRESIVO MAYOR)
▪ Afecto predominante	Ansiedad tónica, inquietud interna constante	Ansiedad reactiva al estresor, nerviosismo situacional	Nerviosismo leve, irritabilidad, cansancio emocional	Tristeza, anhedonia, vacío emocional
▪ Temporalidad	Crónico, ≥ 6 meses, sin inicio claro	Inicio claro tras estresor identificable (semanas)	Insidioso, por acumulación de estrés	Episódico, con inicio más o menos delimitable
▪ Pensamiento dominante	Preocupación excesiva, incontrolable, generalizada	Rumiación centrada en el problema desencadenante	Rumiación difusa: “no llego a todo”, “estoy superado”	Culpa, desesperanza, inutilidad, visión negativa del futuro
▪ Relación con estresor	No necesario	Esencial para el diagnóstico	Suele haber múltiples estresores leves	Puede existir, pero no es requisito
▪ Energía	Agotamiento por tensión constante	Cansancio reactivo	Fatiga leve-moderada	Fatiga por desánimo, enlentecimiento
▪ Sueño	Insomnio de conciliación y mantenimiento	Insomnio inicial frecuente	Sueño no reparador	Despertar precoz típico
▪ Síntomas somáticos	Tensión muscular, cefalea, síntomas GI, palpitaciones	Tensión, molestias somáticas ligadas al estrés	Fatiga, cefalea, tensión inespecífica	Dolor corporal, pesadez, enlentecimiento
▪ Cognición	Intolerancia a la incertidumbre, mente en blanco	Preocupación focalizada	Sensación de saturación mental	Dificultad de concentración por bajo ánimo
▪ Conducta	Búsqueda de reaseguración, hipervigilancia corporal, policonsulta	Conductas de afrontamiento centradas en el problema	Evitación leve, sobreutilización puntual de recursos	Inhibición conductual, retraimiento
▪ Curso	Fluctuante, prolongado	Autolimitado si cede el estresor	Variable, puede cronificarse si no se interviene	Episódico, con riesgo de recurrencias
▪ Impacto funcional	Moderado-alto, sostenido	Desproporcionado al estresor	Leve-moderado	Marcado en EDM, leve-moderado en subclínica
▪ Diagnóstico clave	Ansiedad persistente, no ligada a eventos	Relación temporal clara con estresor	No cumple criterios de trastorno específico	Cumple criterios DSM de EDM o síntomas depresivos clínicamente relevantes
▪ “Paciente desbordado” típico	Muy frecuente	Frecuente en fases iniciales	Muy frecuente	Frecuente en formas mixtas ansioso-depresivas

1. Kessler RC, et al. Short screening scales to monitor population prevalences of nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*. 2002;32(6):959-976. 2. Goldberg DP, et al. The validity of two versions of the General Health Questionnaire (GHQ) in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*. 1997;27(1):191-197. 3. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. *Informe SESPAS 2020 Gac Sanit*. 2020;34 Suppl 1:20-26. 4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC: APA; 2022. 5. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Adjustment disorder*. Geneva: WHO; 2019-2023. 6. O'Donnell ML, Metcalf O, Watson L, Phelps A. Adjustment disorder: Current developments and future directions. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2537. 7. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374:609-619.

Sumario

1 Perfil clínico del paciente desbordado en Atención Primaria

2 Trastornos emocionales subyacentes más frecuentes:

- Malestar emocional inespecífico
- Trastorno adaptativo con ansiedad
- Episodio depresivo mayor
- TAG

3 El TAG como núcleo clínico del paciente desbordado

- Abordaje clínico integral en Atención Primaria
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico: valor terapéutico de ISRS, IRSN y pregabalina
- Combinaciones de los fármacos
- Rol del médico de familia en el manejo del paciente desbordado



Una carga invisible: el TAG detrás de las consultas frecuentes en atención primaria

1

Entre el 25–35% de las consultas en AP corresponden a síntomas médicamente no explicados (SMNE), es decir, síntomas físicos sin causa médica identificable (p. ej., fatiga, dolor, palpitaciones).

2

En una proporción significativa de estos casos (a menudo >50%), subyace un trastorno ansioso o depresivo no detectado, siendo el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) uno de los más prevalentes

3

La **ansiedad generalizada** es una de las causas más frecuentes de esta presentación clínica, con **prevalencias estimadas entre el 5–8% en atención primaria**, y una **alta tasa de infradiagnóstico**.

4

Estudios europeos recientes muestran que **hasta el 70% de los casos de TAG debutan en atención primaria con síntomas físicos o sensación de sobrecarga**, más que con ansiedad declarada.



El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) no diagnosticado representa una **causa frecuente y oculta de hiperfrecuentación** en Atención Primaria.

¿Y ahora qué? Implicaciones clínicas para el médico de atención primaria (I)



1

RECONOCIMIENTO CLÍNICO TEMPRANO

- Se debe **sospechar la existencia de un TAG** cuando el paciente presenta **síntomas físicos persistentes sin causa médica clara**.
- Es clave **identificar patrones de preocupación excesiva, insomnio, irritabilidad o tensión muscular**, aunque **no se verbalicen como ansiedad**.

2

EVITAR LA SOBREMEDICALIZACIÓN

- Los síntomas son reales; el objetivo es **enmarcarlos clínicamente para reducir pruebas y tratamientos sintomáticos innecesarios (analgésicos, benzodiazepinas) y orientar el manejo adecuado**.
- **Reconocer el TAG** permite **evitar tratamientos innecesarios** y mejorar la calidad asistencial.

¿Y ahora qué? Implicaciones clínicas para el médico de atención primaria (II)



3

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE TAG: USO DE HERRAMIENTAS BREVES DE CRIBADO

- Escalas como **GAD-2, GAD-7 o PHQ-4** pueden ayudar a detectar **el** TAG subclínico en pocos minutos.
- **Integrar estas escalas** en la rutina de **consulta** mejora la **detección precoz**.



4

COMUNICACIÓN EMPÁTICA Y PSICOEDUCACIÓN

- Muchos pacientes no conceptualizan su malestar como **ansiedad**.
- Es fundamental **validar sus síntomas** y explicar la relación entre cuerpo y mente sin estigmatizar.
- **Nombrar el problema ayuda a contenerlo**: explicar que ese malestar tiene nombre y tratamiento **mejora la adherencia**.

Escala GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2)

Cribado breve del **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)** en atención primaria y otros entornos asistenciales.

Es la versión abreviada del **GAD-7**.

Evalúa la frecuencia de los dos síntomas nucleares del TAG durante las **últimas dos semanas**.

Ítems de la escala GAD-2

Durante las **últimas dos semanas**,

¿con qué frecuencia se ha sentido molesto(a) por los siguientes problemas?

Ítem	Pregunta	Puntuación
1	Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al límite.	0 = Nada en absoluto 1 = Varios días 2 = Más de la mitad de los días 3 = Casi todos los días
2	No poder dejar de preocuparse o controlar las preocupaciones.	0 = Nada en absoluto 1 = Varios días 2 = Más de la mitad de los días 3 = Casi todos los días

Puntuación total: 0-6

Punto de corte recomendado:

- ≥ 3 indica cribado positivo para posible TAG (sensibilidad $\approx 86\%$, especificidad $\approx 83\%$).
- En Atención Primaria puede usarse como primer paso; si es positivo, completar con **GAD-7**.

Escala	Tiempo	Utilidad	Acción recomendada
GAD-2	<1 minuto	Cribado rápido de ansiedad	Si $\geq 3 \rightarrow$ completar con GAD-7
GAD-7	2-3 minutos	Diagnóstico probable + gravedad	Si $\geq 10 \rightarrow$ TAG probable; iniciar intervención o derivar

El GAD-2 maximiza la **detección temprana** sin sobrecargar la consulta, y el GAD-7 aporta la **precisión clínica necesaria** para orientar el manejo.

Escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)

- La **escala GAD-7** es utilizada para el **diagnóstico probable y la evaluación de la gravedad** del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Transforma la ansiedad en una variable clínica medible.
- Permite establecer la gravedad.
- Permite monitorizar respuesta al tratamiento.

Utilidad y Rol Clínico

- El GAD-7 requiere un tiempo de aplicación estimado de 2-3 minutos.
- Aporta la precisión clínica necesaria para orientar el manejo del paciente.
- Se recomienda su uso para completar la evaluación cuando el cribado con la escala GAD-2 ha resultado positivo (es decir, si la puntuación del GAD-2 fue ≥ 3).

Puntuación e Interpretación

- Si la puntuación total en el GAD-7 es ≥ 10 , esto indica TAG probable. \rightarrow legitima la intervención farmacológica
- Una puntuación de GAD-7 de ≥ 10 es el punto de corte para la acción recomendada de iniciar intervención o derivar.
- Un GAD-7 ≥ 15 obliga a tratamiento estructurado inmediato.
- El GAD-7 puede ayudar a detectar el TAG subclínico en pocos minutos, y su integración en la rutina de consulta mejora la detección precoz.

Escala	Tiempo	Utilidad	Acción recomendada
▪ GAD-7	2-3 minutos	Diagnóstico probable + gravedad	Si $\geq 10 \rightarrow$ TAG probable; iniciar intervención o derivar

Escala GAD-7 – Cribado de Ansiedad Generalizada

Instrucciones para el paciente

- Durante las últimas **dos semanas**, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto(a) por los siguientes problemas?

Interpretación clínica

- **0-4:** Ansiedad mínima
- **5-9:** Ansiedad leve
- **10-14:** Ansiedad moderada → TAG probable
- **15-21:** Ansiedad grave → TAG muy probable

Recomendación:

- Si la puntuación es **≥10**, considerar intervención psicológica o farmacológica según gravedad, impacto funcional y preferencia del paciente.

Nº	Ítem	Nada en absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al límite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	No poder dejar de preocuparse o controlar las preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tener dificultad para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Estar tan inquieto/a que es difícil quedarse quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Irritarse fácilmente o sentirse molesto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación total: / 21

Cómo tratar al paciente desbordado

Primera consulta: intervención terapéutica reguladora



La primera consulta no es solo diagnóstica, es ya terapéutica.



Transforma el caos subjetivo en formulación clínica comprensible.



Actúa como regulador externo inicial del sistema de alarma emocional.



Reduce incertidumbre y sensación de amenaza corporal.



Introduce la idea de proceso y no de solución inmediata.



Marca el tono del tratamiento posterior.



Sin contención inicial no hay adherencia terapéutica.



La forma de escuchar es tan importante como lo que se prescribe.



El orden clínico comienza aquí.



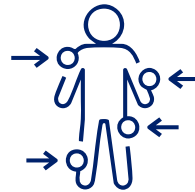
Aquí empieza la regulación emocional.

Cómo tratar al paciente desbordado

Comunicación clínica como herramienta terapéutica



El lenguaje médico tiene efecto directo sobre la activación ansiosa.



“No tienes nada” aumenta la inseguridad corporal.



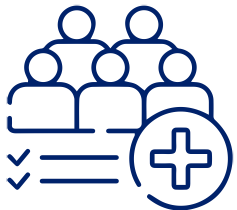
Explicar la ansiedad como un “sistema de alarma hiperactivado” reduce amenaza.



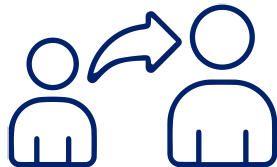
Validar sin reforzar catastrofización es un equilibrio clínico.



La explicación ordena la experiencia corporal.



La palabra estructura el proceso terapéutico.



La comunicación es parte del tratamiento farmacológico.



Sin explicación no hay adherencia.



Sin lenguaje adecuado no hay alianza.



Comunicar es intervenir.

¿Cuándo iniciar tratamiento farmacológico vs tratamiento no farmacológico?

CRITERIO CLÍNICO	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
▪ Gravedad del TAG	TAG leve o subclínico	TAG moderado o grave
▪ Impacto funcional	Sin deterioro funcional significativo	Deterioro social, laboral o familiar
▪ Respuesta a intervenciones previas	Buena respuesta a psicoeducación o TCC breve	Fracaso o rechazo de abordaje psicológico
▪ Presencia de comorbilidad	Sin comorbilidad emocional relevante	Comorbilidad emocional o somatización intensa
▪ Preferencia del paciente	Prefiere abordaje psicológico	Solicita tratamiento farmacológico

Tratamiento no farmacológico



PSICOEDUCACIÓN

- **Explicar la relación** entre síntomas físicos y malestar emocional.
- **Normalizar la ansiedad** como respuesta humana y tratable.
- **Reforzar la idea** de que el tratamiento no es solo farmacológico.



TÉCNICAS BREVES COGNITIVO-CONDUCTUALES (TCC)

- **Reestructuración cognitiva básica:** identificar y cuestionar pensamientos automáticos negativos.
- **Entrenamiento en respiración y relajación muscular** progresiva.
- **Técnicas de resolución de problemas:** ayudar al paciente a estructurar sus preocupaciones.
- **Registro de síntomas y emociones:** fomentar la autoobservación.



OTRAS INTERVENCIONES BREVES ÚTILES EN AP

- **Mindfulness básico:** ejercicios de atención plena guiados.
- **Activación conductual:** fomentar rutinas y actividades gratificantes.
- **Técnicas de afrontamiento:** identificar estrategias útiles y disfuncionales.



- Estas **intervenciones** pueden realizarse en consultas breves, en formato estructurado o como parte del seguimiento, y han demostrado **eficacia en TAG leve o subclínico en Atención Primaria.**

Psicoeducación como intervención clínica de primera línea



- ✓ **No es complemento**, es tratamiento.
- ✓ **Reduce la** interpretación catastrófica de síntomas.
- ✓ **Disminuye la** hipervigilancia corporal.
- ✓ **Aumenta la** adherencia farmacológica.
- ✓ **Favorece la** autonomía del paciente.
- ✓ Debe **explicar qué es ansiedad**, por qué se cronifica y por qué es tratable.
- ✓ **Sin psicoeducación** el fármaco **pierde eficacia**.
- ✓ Es **una** intervención **coste-efectiva**.
- ✓ **Es obligación clínica eliminar**
- ✓ **Define calidad asistencial.**

Técnicas breves de regulación emocional en Atención Primaria



- ✓ **No son psicoterapia, es una** intervención clínica estructurada.
- ✓ **Modulan la** activación autonómica.
- ✓ **Devuelven el** control corporal.
- ✓ **Refuerzan el** efecto farmacológico.
- ✓ **Disminuyen la** dependencia asistencial.
- ✓ Técnicas clave: **respiración, relajación muscular, anclaje atencional.**
- ✓ Fáciles de **enseñar y reproducir.**
- ✓ Deben presentarse como **habilidades clínicas.**
- ✓ Son parte del **tratamiento integral.**
- ✓ **Ignorarlas empobrece** el abordaje.

Tratamiento farmacológico



1 Indicado según gravedad clínica, no por la presión asistencial.

2 GAD-7 ≥ 10 mantenido.

3 Impacto funcional relevante.

4 Insomnio grave persistente.

5 Somatización intensa.

6 Comorbilidad ansioso-depresiva.

7 No sustituye a psicoeducación, la potencia.

8 No es sedación, es regulación neurobiológica.

9 Debe integrarse en un plan estructurado.

10 Es una herramienta de responsabilidad médica.

Tratamiento farmacológico: ISRS como pilar terapéutico en el TAG

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son unos de los tratamientos farmacológicos de primera línea del TAG.

- Actúan principalmente sobre:
 - Rumiación**
 - Ansiedad anticipatoria**
 - Reactividad emocional**

- No son ansiolíticos inmediatos, son reguladores del tono emocional basal.

- Requieren explicar:
 - Latencia de inicio (2-4 semanas)**
 - Pueden producir un aumento inicial de la activación/ansiedad**
 - Necesidad de adherencia continuada**

- Son tratamientos seguros para uso prolongado**
- Reducen riesgo de recaídas.
- Permiten disminuir progresivamente la hipervigilancia mental.
- Son la base del tratamiento de fondo.
- Su eficacia aumenta con psicoeducación.
- Constituyen la columna vertebral del abordaje farmacológico.

Sertralina: ISRS de referencia en Atención Primaria en pacientes con depresión y trastornos de ansiedad.

Sertralina

Combina eficacia, seguridad y facilidad de manejo.

Amplias indicaciones en ficha técnica: depresión, pánico, ansiedad social, TEPT, TOC.

Amplio respaldo en guías para ansiedad generalizada.

Bajo perfil de interacciones.

Adecuada en pacientes polimedicados.

Permite titulación flexible.

Bien tolerada a largo plazo.

Especialmente útil en ansiedad con rumiación cognitiva.

Es una de las opciones más coste-efectivas.

Herramienta central en AP.

Pregabalina: regulación de la ansiedad somática

Pregabalina

Indicada en ficha técnica para TAG.

Modula hiperexcitabilidad neuronal.

Inicio de acción más rápido que ISRS e IRSN.

Útil en: tensión muscular, insomnio de conciliación, hiperactivación autonómica y dolor neuropático.

Alternativa cuando las benzodiacepinas no son adecuadas.

Sinergia con ISRS/IRSN.

No es sedante clásico.

Reduce ansiedad corporal.

Útil en ansiedad somatizada.

Requiere ajuste y seguimiento según respuesta clínica..

Venlafaxina: IRSN en ansiedad con somatización

Venlafaxina

Indicada en ficha técnica para TAG.

Útil cuando predomina: ansiedad intensa, síntomas autonómicos (taquicardia, sudoración) y síntomas físicos asociados al estrés

Actúa sobre dimensión emocional y somática.

Reduce polifarmacia ansiolítica/analgésica.

Indicada cuando ISRS no es suficiente.

Aborda simultáneamente la ansiedad y sus manifestaciones somáticas.

Mejora funcionalidad global.

Opción de alto valor clínico.

Favorece coherencia fisiopatológica.

Es clave en el paciente somatizador.

Benzodiacepinas: uso excepcional y limitado en el tiempo

Benzodiacepinas

No son tratamiento de base.

No corrigen fisiopatología del TAG.

Riesgo de dependencia y deterioro cognitivo.

Solo como: puente inicial, crisis intensa puntual.

Tiempo máximo: 2-4 semanas.

Siempre con plan de retirada.

Nunca como solución crónica.

Reflejan falta de modelo si se cronifican.

Son fármacos de emergencia.

Uso restrictivo es calidad asistencial.

Opciones terapéuticas en el paciente desbordado

Sertralina

Uso en depresión y trastornos de ansiedad (pánico, ansiedad social, TEPT, TOC). Alternativa a considerar cuando coexiste depresión y TAG comorbido. Orientada a síntomas cognitivos.

Venlafaxina

Preferible en TAG con depresión significativa o síntomas de fatiga/hipoenergía

Pregabalina

Indicada en TAG; con inicio de acción rápido y cobertura de síntomas somáticos; especialmente útil en fases de mayor intensidad o desbordamiento agudo, facilitando la adherencia al tratamiento de base.

Fármaco	Mecanismo	¿Qué aporta?	Utilidad en paciente "desbordado"	Limitaciones / precauciones
<ul style="list-style-type: none"> Sertralina (ISRS) 	Inhibe recaptación de serotonina	<ul style="list-style-type: none"> Reduce preocupación excesiva y rumiación Mejora síntomas depresivos leves Buena tolerabilidad global 	<ul style="list-style-type: none"> Base de tratamiento a medio-largo plazo Estabiliza la ansiedad cognitiva Perfil seguro y flexible 	<ul style="list-style-type: none"> Latencia de 2–4 semanas Puede aumentar ansiedad/insomnio al inicio Necesidad de soporte mientras hace efecto
<ul style="list-style-type: none"> Venlafaxina (ISRN) 	A dosis bajas: ISRS A dosis medias-altas: dual (5-HT + NA)	<ul style="list-style-type: none"> Potente ansiolítico y antidepresivo Mejora energía, concentración y motivación Eficaz en síntomas somáticos (fatiga) 	<ul style="list-style-type: none"> Indicado si hay ansiedad intensa + depresión significativa Útil en pacientes con baja energía o enlentecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de hipertensión a dosis altas Síndrome de discontinuación si retirada brusca Ansiógeno al inicio (requiere cobertura)
<ul style="list-style-type: none"> Pregabalina (ligando $\alpha 2\delta$) 	Modula canales Ca^{2+} , ↓ liberación glutamato y NA	<ul style="list-style-type: none"> Inicio de acción rápido (días) Reduce síntomas somáticos (tensión, insomnio, síntomas autonómicos) Mejora sueño y control fisiológico 	<ul style="list-style-type: none"> Opción para aliviar rápido el "desbordamiento" inicial Aporta calma somática y mejora del descanso nocturno Complemento útil mientras actúa ISRS/ISRN 	<ul style="list-style-type: none"> Somnolencia, mareo, aumento de peso Riesgo de uso indebido en vulnerables Menor eficacia en síntomas cognitivos/rumiativos

Guía NICE (2020). National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline CG113. London: NICE; 2011 [updated 2020 Jun 15]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

American Psychiatric Association (APA, 2023). American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Anxiety Disorders. APA Clinical Practice Guidelines. Washington, DC: APA Publishing; 2023. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>

Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. Int J Neuropsychopharmacol. 2011;14(5):697–710.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Am J Med. 2007;120(9):739–746.

Metaanálisis de Baldwin et al. (2011). Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. Int J Neuropsychopharmacol. 2011;14(5):697–710

Metaanálisis de Cardoner et al. (2025). Cardoner N, Gutiérrez-Rojas L, Saiz P, Lahera G, Álvarez-Mon MA, Alonso Ortega P, Pérez-Páramo M. Does pregabalin offer potential as a first-line therapy for generalized anxiety disorder? A meta-analysis of efficacy, safety, and cost-effectiveness. Front Pharmacol. 2025;16:1483770. doi: 10.3389/fphar.2025.1483770

Cuando, por qué y cómo combinar fármacos ansiolíticos/antidepresivos

Tratamiento farmacológico combinado en el paciente desbordado con TAG

Justificación del tratamiento combinado

- En el paciente desbordado, la ansiedad es **global, sostenida y con fuerte componente somático y cognitivo**, lo que explica que **la monoterapia no siempre sea suficiente**.

El tratamiento combinado busca abordar mecanismos fisiopatológicos complementarios:

- **ISRS/IRSN** → modulan la hiperactividad serotoninérgica y noradrenérgica implicada en la preocupación excesiva.
- **Pregabalina** → reduce la excitabilidad neuronal y la hiperactivación somática mediante su acción sobre la subunidad $\alpha 2\text{-}\delta$ de los canales de calcio voltaje-dependientes.



- La combinación, cuando está bien indicada, **acelera la respuesta, mejora el sueño, la tensión física y reduce el riesgo de abandono** por frustración ante una respuesta parcial inicial.

Cuando, por qué y cómo combinar fármacos ansiolíticos/antidepresivos

Cuando considerar una combinación farmacológica

Situación clínica	Indicaciones de combinación
Ansiedad intensa con componente somático marcado (tensión muscular, insomnio, somatización gastrointestinal o cardiovascular)	Asociar ISRS/IRSN + pregabalina desde el inicio o en fases precoces.
Respuesta parcial tras 6–8 semanas de monoterapia con ISRS o IRSN	Añadir pregabalina o cambiar a IRSN; evitar benzodicepinas prolongadas.
Comorbilidad depresiva leve-moderada con ansiedad persistente	Preferir ISRS o IRSN + pregabalina, evitando polifarmacia compleja.
Mal tolerancia a dosis altas de ISRS/IRSN (activación, náuseas, insomnio)	Añadir pregabalina: permite reducir dosis del antidepresivo y mantener eficacia ansiolítica con pregabalina.

Tratamiento del paciente desbordado con depresión y TAG comorbido

Combinación de ISRS (sertralina) + Pregabalina

Racional terapéutico:

- **Sertralina** (ISRS) actúa sobre la **recaptación de serotonina** lo que permite controlar la **preocupación excesiva, la rumiación** y otros síntomas de ansiedad psíquica como la hipervigilancia, la inquietud y la anticipación ansiosa.
- **Pregabalina**, un **modulador de los canales de calcio $\alpha 2-\delta$** , reduce la **excitabilidad neuronal** y la tensión somática, mejorando el **sueño**, el **malestar físico** y los síntomas autonómicos (palpitaciones, molestias gastrointestinales, tensión muscular).

Su combinación ofrece una sinergia clínicamente **demostrada**:

- **Sertralina** → controla la **ansiedad "psíquica"**.
- **Pregabalina** → reduce la **ansiedad somática** y acelera la **respuesta clínica** inicial (efecto ansiolítico en 1-2 semanas).



- La combinación, cuando está bien indicada, **acelera la respuesta**, mejora el **sueño**, la **tensión física** y **reduce el riesgo de abandono** por frustración ante una respuesta parcial inicial.

Tratamiento del paciente desbordado con depresión y TAG comorbido

Combinación de ISRS (sertralina) + Pregabalina

Paso 1: Introducción de sertralina

- **Dosis inicial:** 25–50 mg/día por la mañana.
- **Titulación:** aumentar progresivamente cada 1–2 semanas según tolerancia, hasta **100–150 mg/día** (máx. 200 mg/día).
- Iniciar a **dosis bajas** en pacientes muy ansiosos para evitar sensación de “activación” inicial.

Paso 2: Adición de pregabalina

- **Inicio habitual:** 75 mg/por la noche; a los 3-7 días 75mg cada 12 horas (150 mg/día).*
- Si hay buena tolerancia, subir a **150 mg/12 h** (300 mg/día) a la semana 1–2.
- Dosis terapéutica efectiva: entre **150–450 mg/día** (dividida en 2 tomas).
- ~~En pacientes mayores o sensibles, iniciar con **50 mg/12 h** y titular más lento.~~
- **Evaluar a las 2–3 semanas:** si no hay mejoría significativa, aumentar gradualmente.



Objetivo: modular la preocupación, la rumiación y la hiperreactividad emocional.



Objetivo: reducir tensión somática, insomnio y activar alivio ansioso más rápido.

*Dosis de inicio menores pueden ser necesarias en pacientes con función renal reducida, como por ejemplo pacientes adultos mayores, frágiles o vulnerables. Ajustar según las necesidades del paciente
Frampton JE. Pregabalin: A Review of its Use in Adults with Generalized Anxiety Disorder. CNS Drugs. 2014;28(9):835–854.
Allgulander C, Florea I, Huusom AKT. Efficacy of sertraline in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. Int Clin Psychopharmacol. 2006;21(2):95–102
Bandelow B, et al. Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders. In: Adv Exp Med Biol. 2020;1191:347–365.
Stein DJ, et al. Evidence-Based Pharmacotherapy of Generalised Anxiety Disorder. Adv Ther. 2021;38:52–60.

Tratamiento del paciente desbordado con TAG

Combinación de venlafaxina + pregabalina

1

Racional terapéutico:

- **Venlafaxina** (IRSN) actúa sobre serotonina y noradrenalina → controla la **preocupación, la rumiación y los síntomas físicos autonómicos** (taquicardia, tensión muscular).
- **Pregabalina**, es un modulador de canales de calcio $\alpha 2$ - δ , reduce la **excitabilidad neuronal y la tensión somática**, mejorando el **sueño y el malestar físico**.

2

Su combinación ofrece una sinergia clínicamente demostrada:

- **Venlafaxina** → controla la **ansiedad "psíquica"**.
- **Pregabalina** → reduce la **ansiedad "somática"** y acelera la respuesta **clínica** inicial (efecto ansiolítico en 1-2 semanas).



- **Resultado esperado:** alivio más rápido y completo, menor abandono del tratamiento, y mejor recuperación funcional.

Tratamiento del paciente desbordado con TAG

Combinación de venlafaxina + pregabalina

1

Paso 1: Venlafaxina XR

- Inicio: **37,5–75 mg/día** (mañana o mediodía).
- Titulación: aumentar cada 1–2 semanas según respuesta hasta **150–225 mg/día** (máx. 300 mg).
- Inicio más lento en pacientes sensibles o con ansiedad intensa para evitar activación.
- **Efecto terapéutico pleno:** 4–6 semanas.

2

Paso 2: Añadir pregabalina

Puede hacerse **desde el inicio** si hay síntomas físicos importantes o tras **4–6 semanas** si la respuesta a venlafaxina es incompleta.

- Inicio habitual: **75 mg/12 h** (150 mg/día).
- Si buena tolerancia → aumentar a **150 mg/12 h** (300 mg/día) tras 1–2 semanas.
- Dosis terapéutica: **150–450 mg/día** en 2 tomas (mañana y noche).
- En pacientes mayores o sensibles: iniciar con **50 mg/12 h.***
- Efecto ansiolítico de pregabalina: rápido, habitualmente en **1–2 semanas**.

*Dosis de inicio menores pueden ser necesarias en pacientes con función renal reducida, como por ejemplo pacientes adultos mayores, frágiles o vulnerables. Ajustar según las necesidades del paciente.

Davidson JRT et al. Venlafaxine extended release in the treatment of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry. 1999;60(8):528–535.

Frampton JE. Pregabalin: A Review of its Use in Adults with Generalized Anxiety Disorder. CNS Drugs. 2014;28(9):835–854.

Rickels K et al. Adjunctive therapy with pregabalin in GAD patients with partial response to SSRI or SNRI treatment. J Clin Psychopharmacol. 2012;32(3):309–317

Conclusiones del tratamiento farmacológico

Sertralina (ISRS)

- Primera línea en depresión y trastornos de ansiedad (pánico, ansiedad social, TOC y TEPT).** Sertralina es especialmente útil en pacientes que presentan rumiación, preocupación excesiva y síntomas emocionales persistentes. Su perfil de eficacia y tolerabilidad la posiciona como una opción segura y efectiva en Atención Primaria.
- Indicada para el tratamiento de varios trastornos de ansiedad** que frecuentemente coexisten o se solapan con el TAG en el paciente desbordado: Trastorno de angustia (con o sin agorafobia), Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en adultos y niños ≥ 6 años, Trastorno de ansiedad social (fobia social), Trastorno por estrés postraumático (TEPT).
- Buena tolerancia y versatilidad clínica.** Está indicada en varios trastornos de ansiedad comórbidos frecuentes en el paciente desbordado. Esta amplitud terapéutica permite abordar múltiples dimensiones del malestar emocional sin necesidad de cambiar de fármaco, facilitando un manejo integral desde el primer nivel asistencial.

Venlafaxina (IRSN)

- Indicada en TAG moderado-grave con afectación funcional.** Venlafaxina es una opción adecuada cuando el paciente presenta deterioro significativo en su vida laboral, social o familiar, especialmente si hay comorbilidad depresiva o síntomas físicos persistentes.
- Eficacia en síntomas somáticos y emocionales.** Su mecanismo dual (serotonina y noradrenalina) le confiere mayor potencia en casos con somatización intensa, insomnio, fatiga y síntomas vegetativos, comunes en el perfil del paciente desbordado.

Pregabalina

- Opción preferente en pacientes con somatización intensa.** Pregabalina está indicada en TAG y es especialmente útil cuando predominan síntomas físicos como dolor crónico, molestias digestivas, insomnio o palpitaciones sin causa orgánica clara.
- Alternativa eficaz en hiperfrecuentadores con baja respuesta a ISRS/IRSN.** En pacientes desbordados que no responden bien a antidepresivos o presentan alta carga somática, pregabalina puede mejorar la sintomatología física y emocional, reduciendo la hiperfrecuentación y la demanda asistencial.
- Útil en **combinación con ISRS/IRSN** en las primeras semanas de tratamiento por su **efecto ansiolítico rápido (1-2 semanas)**

Gracias

